様式第六の六(附則第二条関係)

地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書
(介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用))

公費負担者番号	
公費受給者番号	

令和		年			月分
保険者番号					

被保険者	被保険者番号	
	(フリガナ)	
	氏名	
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 年 月 日
	性別	1. 男 2. 女
	要支援状態区分	要支援2
	認定有効期間	1. 平成 2. 令和 年 月 日 から
		令和 年 月 日 まで

請求事業者	事業所番号	
	事業所名称	
	所在地	〒 —
	連絡先	電話番号

介護予防サービス計画	2. 被保険者自己作成 3. 介護予防支援事業者作成
	事業所番号
	事業所名称

入居年月日	令和	年	月	日			
退居年月日	令和	年	月	日			
短期利用 実日数							

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
合計							

請求額集計欄

区分	保険分	公費分
①計画単位数		
②限度額管理対象単位数		
③限度額管理対象外単位数		
④給付単位数		
⑤単位数単価	円／単位	
⑥給付率	／100	／100
⑦請求額(円)		
⑧利用者負担額(円)		

	枚中		枚目

備考　この用紙は、A列4番とすること。